
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS PARA O ENVELHECER SAUDÁVEL: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER¹

Aila Cristina dos Santos Silva², Iraci dos Santos³

¹ Artigo baseado na dissertação – Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da Teoria da Nola Pender. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2010.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Detran do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ayla_alves@ibest.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: iraci.s@terra.com.br

RESUMO: O envelhecimento saudável é uma condição a ser atingida por quem lida com as mudanças do envelhecer. Neste trabalho, analisa-se a construção de ações de autocuidado de pessoas idosas relacionando-as às concepções da Teoria de Nola Pender. Pesquisa qualitativa, sociopoética, com um grupo pesquisador composto por 11 idosos participantes da Unati, do Estado do Rio de Janeiro, em 2009. Os dados obtidos através de técnicas artísticas foram submetidos à análise categorial sociopoética. Resultados: observou-se que cuidar-se é um recurso para atender às próprias necessidades. Tarefa difícil, principalmente na velhice compreendida como um processo de mudança contínua para reconquistar o equilíbrio. Conclui-se que o modelo de Pender é uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. É também um guia para explorar a motivação ou desmotivação de pessoas idosas em se engajarem em comportamentos promotores de autocuidado no envelhecer saudável.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Teoria. Promoção da saúde. Autocuidado. Gerontologia.

PROMOTING THE SELF CARE OF THE ELDERLY FOR HEALTHY AGING: APPLICATION OF NOLA PENDER THEORY

ABSTRACT: Healthy aging is a condition to be achieved by those who deal with the changes of aging. This paper analyzes the construction of self-care actions of older people relating to the concepts of the Theory of Nola Pender. Qualitative, poetics, with a research group composed of 11 elderly participants of Unati, the State of Rio de Janeiro in 2009. The data obtained through artistic techniques were analyzed categorial poetics. Results: There was to take care of itself is a resource to meet their own needs. Difficult task, especially in old age understood, by a process of continuous change to regain balance. It was concluded that the model of Pender is a proposal to integrate the science of nursing behavior, identifying the factors that influence health behaviors. It is also a guide to explore the motivation or motivation of older people to engage in self-promoting behaviors in healthy aging.

DESCRIPTORS: Nursing. Theory. Health promotion. Self care. Gerontology.

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO DE ANCIANOS PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE NOLA PENDER

RESUMEN: El envejecimiento saludable es una condición alcanzada por quien lidia con los cambios del envejecer. En este artículo se analiza la construcción de acciones de autocuidado de ancianos relacionándolas a las concepciones de la Teoría de Nola Pender. Es una investigación cualitativa y sociopoética, realizada en 2009, con el grupo investigador compuesto por 11 participantes de la *Unati* de Rio de Janeiro-Brasil. Los datos obtenidos mediante prácticas artísticas fueron sometidos a la categorización sociopoética. Resultados: se observó que el cuidar de sí mismo es un recurso para atender a las necesidades propias. Una tarea difícil, principalmente en la vejez, que comprende un cambio constante para la conquista del equilibrio. Se concluyó que el modelo de Pender es una propuesta para integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen en los comportamientos saludables. También es una guía para explorar la motivación o desmotivación de los ancianos al adquirir comportamientos de autocuidado para un envejecimiento saludable.

DESCRIPTORES: Enfermería. Teoría. Promoción de la salud. Autocuidado. Gerontología.

INTRODUÇÃO

As experiências de manter o bem-estar e/ou de lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, sendo necessário promover a saúde e estimular comportamentos visando à manutenção da autonomia e ao envelhecimento bem-sucedido. Considerando que esse tipo de envelhecimento é uma condição a ser atingida por quem lida com as mudanças inerentes ao envelhecer, reflete-se que isso é um objetivo alcançável por quem planeja e trabalha para ele. Tal fato revela o comportamento denominado - autocuidado - que busca as potencialidades, entende as limitações, valorizando o bem-estar/saúde e encontrando maneiras criativas de se cuidar.

Muitos estudos enfocam as potencialidades no curso da vida, abrindo fronteiras que possibilitam o surgimento de modelos de envelhecimento bem-sucedido.¹⁻² Em linhas gerais, a compreensão do que se constitui o bom envelhecer e o seu conceito tem se tornado uma forma de reação à associação entre velhice, perdas, danos e inatividade. Com a utilização de modelos e teorias de promoção da saúde, facilita-se a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas idosas; além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão nos atos de cuidar e agir, favorecendo o alcance dos objetivos propostos para a promoção do autocuidado.

Entre os modelos e teorias de enfermagem indicados para desenvolver os cuidados no âmbito da promoção da saúde, este trabalho focaliza as concepções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender,³ que foi desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 80 e é pouco explorado no Brasil. Ele apresenta uma estrutura simples e clara, possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas e/ou, reunindo-as em grupo, permite planejar, intervir e avaliar suas ações. Compõe-se por três componentes:³

1. Características e experiências individuais: Comportamento anterior (a ser mudado) e Fatores pessoais: biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade); psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconômico).³

2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar: Percepção de benefícios para ação (representações mentais

positivas que reforçam as consequências de adotar um comportamento); Percepção de barreiras para ação (negatividade, dificuldades e custos pessoais); Percepção de autoeficácia (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações); Sentimentos em relação ao comportamento (reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo); Influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais); Influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde).³

3. Resultados da conduta, abrangendo: Compromisso com o plano de ação (ações que possibilitem a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem); Exigências imediatas e preferências (baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento) e Comportamento de promoção da saúde (resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde).³

Em resumo, a teoria surge como proposta de integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, buscando identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. Busca fundamentar a concepção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa.

Conceitua-se Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade visando sua qualidade de vida, através de maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção do bem-estar global.⁴

A responsabilidade pela promoção da saúde compartilha-se entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e por profissionais da saúde de todas as áreas, sendo crescente a participação dos

enfermeiros nessas atividades. Entretanto, as propostas de estudos norteadores para tal promoção, na adoção de modelos e teorias que fundamentem essas experiências, ainda são retraídas, conferindo um grau limitado no planejamento, execução e avaliação dessas ações.

Pressupondo que os indivíduos na continuidade da vida, independentemente das situações de adoecimento, perdas sociais, econômicas e financeiras, lutam para conservar-se com qualidade de vida, apresenta-se o problema de pesquisa: quais são as ações de autocuidado construídas por pessoas idosas visando o envelhecer saudável? Para responder ao problema delimitado, formulou-se o objetivo: analisar a dimensão imaginativa de pessoas idosas referente às suas potencialidades de construção de ações de autocuidado para o envelhecimento saudável, considerando as concepções da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

METODOLOGIA

Método descritivo, qualitativo, sociopoético, que trabalha com o imaginário e cuja proposta potencializa os sujeitos de pesquisa como copesquisadores dos conhecimentos produzidos junto ao pesquisador institucional. Aplicando-o mediante a instituição do seu dispositivo analítico Grupo Pesquisador (GP), trabalha-se o corpo como fonte de conhecimento, explorando o potencial cognitivo das sensações, da emoção e da gestualidade para além da imaginação, da intuição e da razão/intelecto. Nesse sentido, através de práticas artísticas de pesquisa, promove a criatividade no aprender, no conhecer, no pesquisar e no cuidar do ser humano; valoriza os conceitos e “confetos” (conceito + afeto, sentimentos) produzidos pelas culturas dominadas e de resistência e enfatiza a dimensão espiritual, humana e política da construção dos saberes.⁵

Nesse trabalho, compõem o GP 11 pessoas idosas usuárias da Universidade Aberta para Terceira Idade (Unati) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Unati) (UERJ), que atenderam à demanda espontânea para participar de nove Oficinas Sociopoéticas, de duração média de 50 minutos e concomitantes ao oferecimento de um Curso de Autocuidado para o Envelhecimento Saudável. Registra-se que cada oficina corresponde às fases do método sociopoético, portanto o reduzido número de participantes justifica-se considerando a elevada produção de dados obtida com a aplicação de mais de uma

técnica de pesquisa e o comparecimento de todos os membros do grupo nas nove oficinas citadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UERJ), Parecer nº 060/08. A produção de dados ocorreu de outubro a dezembro de 2008, utilizando-se, respectivamente, as duas técnicas artísticas e de sensibilidade, a saber: A) Dinâmica do Corpo como Território Mínimo (DCTM); B) Vivência de Lugares Geomíticos (VLG).

A) A técnica de pesquisa DCTM teve por proposta inicial o entendimento consciencioso do corpo como único e exclusivo espaço que o homem verdadeiramente possui⁶. O ser humano dispõe do seu corpo para a vida ou para a morte, para a saúde ou para o adoecimento, para o bem viver ou para entristecer-se, alegrar-se ou deprimir-se⁵. Essa técnica favorece a reflexão e a concentração após uma dinâmica de relaxamento, permitindo que a pessoa expresse, ao responder a questão norteadora: “Como você se cuida para o caminho do bom envelhecer?” num simples desenho do corpo humano⁶ que, supostamente, seria o seu, o que se passa nas suas dimensões corporais (física, mental e espiritual) a respeito do autocuidado no envelhecer saudável.

B) A Vivência dos Lugares Geomíticos é uma técnica projetiva que, após a sensibilização e relaxamento corporal dos participantes, sendo direcionada para incentivar o imaginário, permite a expressão/revelação de coisas normalmente esquecidas/escondidas no subconsciente do indivíduo. Entre os vários lugares geomíticos já validados nas pesquisas sociopoéticas, inclusive em teses de doutorado⁵, foram selecionados os seguintes: estrada, terra, labirinto, ponte, túnel. A pesquisa ocorreu a partir da questão norteadora: “Se o autocuidado para o envelhecer saudável fosse um lugar geomítico, como seria?” Na VLG, a menção dos lugares selecionados junto à pergunta orientadora possibilita ao sujeito criar, a partir da expressão imaginativa, algo sobre o objeto de estudo. Surgem, assim, conteúdos, expressões, imagens incomuns e inesperadas que têm por objetivo ver o outro lado da vida, aquele que a formação teórica e a cultura nativa não permitem enxergar. Pois estranhar e/ou transformar para conhecer é um processo acostumado na sociologia da intervenção.⁸

Fases do grupo pesquisador

1) Instituição do grupo pesquisador, sendo critério de inclusão: idade superior ou igual a 60

anos, independente de classe social, sexo, raça ou etnia; conhecer as vantagens e desvantagens da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Atividades desta fase: apresentação, caracterização dos membros do GP, assinatura do TCLE, proposição do tema e investigação temática; 2) e 3) Dinâmica de sensibilidade e relaxamento (DSR), seguida da aplicação da técnica escolhida orientada para a questão de pesquisa, análise inicial dos dados produzidos pelo GP; 4) e 5) DSR e contra-análise dos dados organizados pelo pesquisador institucional (PE) pelo GP junto ao PE; 6) e 7) DSR e apresentação dos resultados de cada técnica de pesquisa, segundo a aplicação dos estudos sociopoéticos; 8) DSR e validação dos resultados; 9) Apresentação inicial da descrição de todo o trabalho para o GP.

Os dados produzidos foram submetidos à análise categorial temática, característica dos seguintes estudos sociopoéticos⁵: classificatório (referente às dicotomias alternativas; escolhas diferenciadas na produção de dados do GP); transversal (referente às ligações, as continuidades e as ambiguidades do pensamento do GP) e surreal (insistência de temas idênticos em lugares geomíticos diversos).

RESULTADOS

Os resultados da produção de dados junto ao grupo pesquisador foram descritos considerando as concepções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender³ e aplicando o diagrama proposto por esta autora.⁹ Por tratar-se do recorte de dissertação de mestrado, descreve-se apenas a aplicação do Diagrama citado.

Observou-se que a técnica de sensibilidade DCTM favoreceu ao GP pensar no seu corpo com criatividade, o que funcionou como um espaço de revelação de atitudes e de comportamentos referentes aos cuidados com o corpo/saúde, tendo as pessoas idosas expressado o que faziam ou deixavam de fazer, apontando suas necessidades.

Com a técnica de Vivência de Lugares Geomíticos, emergiram as categorias, segundo os estudos sociopoéticos que destacam respectivamente: 1. Classificatório⁵: O Autocuidado através dos limites e possibilidades, Transcender para experienciar o dom do envelhecer; 2. Transversal⁵: Ligações e continuidades observadas nas ações de autocuidado no envelhecer saudável), O Autocuidado como reconhecimento das necessidades de

saúde; 3. Surreal: Aceitar o novo para um renascer saudável, Perseverança para conviver com o envelhecimento e Procurar assistência pode desvelar temores para a finitude do viver.

Com o desenvolvimento das técnicas propostas, as análises segundo os estudos sociopoéticos e a partir da delimitação dos conceitos/confetos produzidos pelo GP, elaborou-se o Diagrama de Promoção da Saúde de Pender^{3,9}, com vistas à construção das ações de autocuidado no envelhecer saudável de pessoas idosas (Figura 1).

Relacionando as características e experiências individuais (**Conduta prévia relacionada e Fatores pessoais**), constatou-se que a maioria dos sujeitos de pesquisa é do sexo feminino, tem idade avançada, nível de escolaridade e situação econômica elevados, é independente financeiramente e oferece ajuda aos familiares, tem moradia própria e não mora só. Tal resultado pode ser comparado ao do estudo que comparou o perfil de pessoas idosas que realizam trabalho voluntário com as que não o realizam¹⁰. Vê-se que o fato de ajudar aos outros através de trabalho e/ou ao seu grupo familiar pode ser motivo de elevação da autoestima, o que pode favorecer a qualidade de vida/bem-estar, mesmo nas situações de conviver com enfermidades. Quanto ao estado de união, foram encontrados viúvas e casadas. Essas pessoas cuidam pouco do corpo, mas reconhecem a mudança de atitude para com a saúde e certos limites para agir diferente. Têm doenças crônicas, revelam o conceito interno de gostar-se, respeitar-se, crescer e investir-se e lutam contra uma cultura de velhice dependente e ultrapassada.

Foram identificados nas respostas dos sujeitos sobre as ações para seu autocuidado o atendimento de necessidades humanas básicas (ações que envolvem o manejo com o próprio corpo) e a percepção de uma autoimagem realista. Para esse atendimento, os membros do grupo pesquisador revelam Dificuldade de comunicação/diálogo; Percepção do desconhecido; postura de fuga (medo); Não renunciar certos comportamentos; Descaso ao acesso à saúde; Não abertura para o novo, fechado às novas oportunidades (acomodação); Preocupações e apreensões com o futuro (perdas), principalmente com o envelhecimento mais avançado; Desistência (por achar que não há mais nada a conquistar); Interiorização negativa do envelhecer (corpo desconhecido; não aceitação de si; imposições impeditivas de suas reais capacidades); Não enxergar possibilidades para as dificuldades.

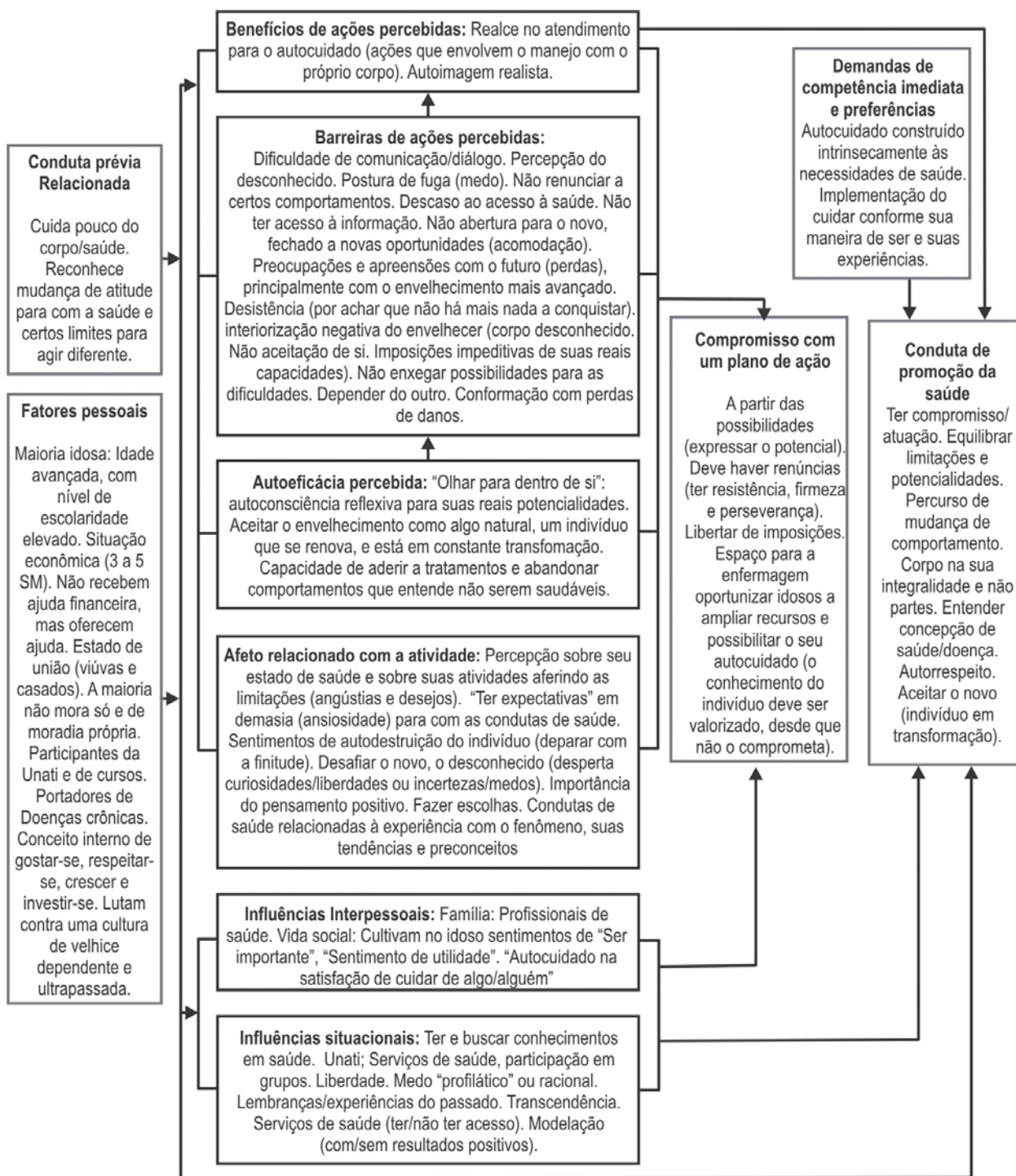


Figura 1 - Aplicação da Teoria de Nola Pender - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde da Pessoa Idosa, desde a dimensão imaginativa do Grupo Pesquisador quanto à construção das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável.*

Legenda: Coluna 1 - Lateral esquerda = Características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; Coluna 2 - Meio = Conhecimentos e sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar; Coluna 3 - Lateral direita = Comportamento desejável de promoção da saúde.

* Fonte do Diagrama adaptado: Sakraida TJ. Health Promotion Model. In: Tomey AM, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work, 6 ed. St Louis- Missouri: Mosby-Elsevier; 2006. p.458. Transcrição de Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm. 2005 Mai-Jun; 18(3):235-40.

Nesse resultado percebe-se a dificuldade de a pessoa enfrentar as mudanças do corpo na idade avançada, sobretudo quanto à sua possibilidade de viver com saúde sexual plena. Entretanto, tal dificuldade pode ser enfrentada de maneira diferente entre os gêneros, principalmente quanto à percepção do próprio corpo. O que o GP aponta sobre o manejo com o próprio corpo, a postura de fuga, a não abertura para o novo, é compatível com o resultado do estudo sobre o corpo e a sexualidade de mulheres idosas, afirmando que estas vivenciam negativamente seu corpo envelhecido e sua sexualidade.¹¹

No item **Autoeficácia percebida**³ observou-se: Autoconsciência reflexiva para suas reais potencialidades; Aceitar o envelhecimento como algo natural, um indivíduo que se renova, e está em constante transformação; Capacidade de aderir aos tratamentos e abandonar comportamentos que entendem não serem saudáveis.

Quanto ao **Afeto relacionado com a atividade**³: Percepção sobre seu estado de saúde e sobre suas atividades aferido as limitações (angústias e desejos); Ter expectativas em demasia (ansiedade) para com as condutas de saúde; Sentimentos de autodestruição do indivíduo (deparar com a finitude); Desafiar o novo, o desconhecido (desperta curiosidades/liberdades ou incertezas/medos); Condutas de saúde relacionada à experiência com o fenômeno, suas tendências e preconceitos perceptivos.

Destacam-se nas **Influências interpessoais**³: Família; Profissionais de saúde; Vida social (principalmente os participantes de grupos e cursos).

Observou-se em referência às **Influências situacionais**³: Ter e buscar conhecimentos em saúde; Unati; Serviços de saúde, participação em grupos; Liberdade; Medo profilático ou racional; Lembranças/experiências do passado; Serviços de saúde (ter/não ter acesso); Modelação (com/sem resultados positivos).

Foi revelado pelo GP, em relação ao **Compromisso com um plano de ação**³: A partir das possibilidades (expressar o potencial); Deve haver renúncias (ter resistência, firmeza e perseverança); Libertar de imposições; Espaço também para a enfermagem oportunizar aos idosos ampliar recursos e possibilitar o seu autocuidado (o conhecimento do indivíduo deve ser valorizado, desde que não o comprometa). Reflete sobre este resultado a responsabilidade do enfermeiro em dialogar com os familiares dos idosos sobre os benefícios do autocuidado, pois estudiosos¹² relatam que a

maioria desse grupo etário exerce atividade laboral para ajudar a família. Pode-se inferir que, devido a isso, muitos renunciam às atividades físicas, de lazer e até de frequentar os serviços de saúde, em detrimento do cuidar-se.

Referente às **Demandas de competência imediata e preferências**³: Construção de autocuidado para atender às necessidades de saúde; Implementação do cuidar conforme sua maneira de ser e suas experiências.

Obteve-se em relação à **Conduta de promoção da saúde**³: Ter compromisso/atuação; Equilibrar limitações e potencialidades; Percurso de mudança de comportamento; Corpo na sua integralidade e não partes; Entender concepção de saúde/doença; Autorrespeito; Aceitar o novo (indivíduo em transformação).

DISCUSSÃO

As características e experiências individuais relacionada à **Conduta anterior**, refletida na criação do corpo (nas produções sociopoéticas com a DCTM) experienciado ao autocuidado, permitiram a cada participante do grupo autoavaliar suas condições de saúde partindo do resgate de sua dimensão física; o *acordar* (no sentido de agir em prol); a reflexão sobre as ações de saúde adotadas e a necessidade de condutas e estilos de vida saudável. Esta é considerada pelo grupo uma tarefa difícil e, portanto, nem sempre todos estão dispostos às mudanças, pela mesma abarcar relações com as crenças dos indivíduos.

Por isso, constitui um erro muito prejudicial abordá-los e propor-se modificá-los sem os ter identificado, sem ter procurado compreender o seu significado, os seus alicerces profundos e os comportamentos daí resultantes, como muitas vezes se faz nas práticas de saúde.¹³

Quanto aos **Fatores Pessoais** delineou-se o perfil de um grupo bastante heterogêneo com características e experiências diversas. Além do fato que o grupo alvo do estudo detém características que não fazem parte da maioria da realidade da população idosa brasileira.¹⁴

Os sujeitos do GP mantêm o conceito interno de gostar-se, respeitar-se, crescer e investir no seu autocuidado, implementando esse ato conforme sua maneira de ser e sua visão/experiências de vida. Eles também lutam contra uma cultura que considera a velhice dependente e ultrapassada, mediante atitudes de autocuidado que os façam estar sempre ativos na sociedade.

As crenças e os mitos negativos sobre o envelhecimento atuam gerando expectativas desfavoráveis.¹⁵ Muitas vezes, o indivíduo idoso não encontra o apoio que espera da família, ao contrário, todas as suas atitudes e iniciativas são impedidas. É preciso um novo olhar, que enxergue a velhice como uma fase com potencial para o crescimento e para o desenvolvimento.¹⁶

Referente aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, considerando os benefícios de ações percebidas, constatou-se o reforço da auto-imagem realista nas pessoas idosas, o que lhe permite uma autoconsciência mais aprimorada, facilitando a correção de seus erros e a satisfação em suas conquistas. É válido mencionar que referências exteriores, imagens próximas e significativas assim como intenções, aspirações e tendências exteriores também são apropriadas pelo indivíduo.¹⁷

A variável, outro realce atribuído pelo GP, centra-se no atendimento de necessidades de saúde e bem-estar. Assim, os membros do grupo atribuem atenção especial para as ações de saúde ditas como básicas de manutenção da vida,¹³ pois as mesmas envolvem o manejo com o próprio corpo e por relacionarem-se com a capacidade funcional do indivíduo em realizar as atividades de vida diárias. Assim, com o preenchimento dos aspectos básicos, os desejos para outras aspirações são aumentados, podendo relacionar-se com as atividades instrumentais de vida diária.

Destacam-se as **Barreiras de ações percebidas** pelo grupo, que tanto ocorrem de maneira interna, ou seja, construídas pelo próprio indivíduo (engajadas no nível cultural, social, individual) quanto de maneira externa (políticas públicas, não ter acesso aos serviços de saúde, dificuldade dos profissionais de saúde, e outros), na qual pode revelar momentos do corpo a um espaço vazio/de descuido. Para o GP, a busca por conhecimentos em saúde tem-se constituído um elemento significativo na intenção de minimizar tais barreiras, já que elas existem e estão presentes no cotidiano. Assim, as pessoas idosas terão condições de fazer suas escolhas de maneira consciente, conhecendo as implicações que estas acarretarão em sua vida.

“O autocuidado com o corpo exige do indivíduo um aprendizado especial de forma a atender não só a promoção da saúde, mas também as mudanças produzidas pela doença e a prevenção de complicações”.^{18:249} Assim como as diferentes idades têm necessidades de diferentes

tipos de conhecimentos, a terceira idade também necessita continuar crescendo e deve ser traduzido como continuar aprendendo.¹⁹ É certo que a capacidade de aprender na idade mais avançada não é a mesma que na juventude,¹⁵ mas é de se aceitar a idéia de que os idosos continuam aprendendo de outra forma, com outro ritmo, com outros interesses.

A **Autoeficácia percebida**, para as pessoas idosas alvo do GP, entrelaça o pensar e o agir dentro das suas possibilidades e competências, desconstruindo a imagem de indivíduo idoso inercial e estático. E aceitar o envelhecer de maneira natural é entender que, apesar das possibilidades físicas não serem mais as mesmas, isso não os torna pessoas limitadas, e sim, com diferentes graus de eficácia no conhecimento de suas essências, do que é possível fazer ou não fazer e em condições de aperfeiçoar o envelhecer saudável.

Assim, o envelhecimento bem-sucedido é mais que a ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambos os fatores são importantes e fundamentais, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que representaria o conceito mais amplo do bom envelhecer, considerando o seu potencial máximo.¹

Nota-se quanto ao **Afeto relacionado com a atividade**, refletida na reação emocional tanto positiva ou negativa, que os idosos assumem comportamentos embasados no próprio conhecimento em saúde adquiridos. Muitos dos sentimentos que afloram são condizentes com os resultados de sua própria experiência com o fenômeno, suas tendências e preconceitos perceptivos, suas observações das reações e resultados das experiências de outra pessoa na mesma situação.

Referente às **Influências interpessoais**, elas se constituíram e permitiram o encorajamento e o apoio para o autocuidado no envelhecer saudável, cultivando no interior de cada indivíduo conceitos como o de ser importante, o sentimento de utilidade, o autocuidado na satisfação de cuidar de algo/alguém. Quanto às Influências situacionais, o favorecimento das práticas de cuidado positivas e estimuladas é importantíssimo.

O comportamento desejável (resultados da conduta) de promoção da saúde, representado no **Compromisso com um plano de ação** é facilitado pelas intervenções de enfermagem propostas, que facilitem aos idosos ampliarem seus recursos e possibilitam o seu autocuidado. Para o grupo pesquisador, quando tais elementos fortalecedores atuam, principalmente, no reconhecimento do

saber do indivíduo sobre si, isso, além de ser uma forma de valorização como sujeito, estimula que o próprio idoso conhecendo-se, expresse sua percepção sobre as suas reais necessidades de saúde. Diante disso, traz a ampliação do conhecimento e da compreensão de enfermeiros no planejamento de ações sobre o que essa pessoa realmente necessita e, ao mesmo tempo, fortalece o alcance das práticas de autocuidado.

Quanto às **Demandas de competência imediata** (controle baixo), pode-se dizer que o autocuidado é construído intrinsecamente para as necessidades de saúde como um conjunto de forças impositivas. Explorando um exemplo clássico: quando se referem a algumas restrições na alimentação (ficar de dieta, por causa do colesterol, triglicerídeos, glicose e outros), os mesmos consideram que pouco se têm controle e é necessário força/firmeza para resistir a esses desejos, mas a dieta é vista como uma necessidade de saúde, na qual a mesma deve ser adquirida. Em relação às preferências (controle superior) que atuam como forças potencializadoras, os mesmos seguem a maneira de ser de cada indivíduo de acordo com sua visão/experiências de vida (alimentação saudável, cultura/lazer, atividade física, ocupação do tempo, vida social). Nessa concepção, a promoção da saúde apresenta o incremento dos conhecimentos, expandindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para optar sobre seus comportamentos.

Assim, independente de forças impositivas ou potencializadoras, a questão é que essa variável faz com que as pessoas da terceira idade assumam espaços contribuindo na passagem de uma condição vulnerável a uma condição saudável.

E por fim, a **Conduta de promoção da saúde**, que é a variável que conduz a um olhar através de ações dirigidas que tenha resultados positivos para o bem-estar satisfatório e para o equilíbrio. Os exemplos da conduta de promoção da saúde adotada pelo grupo são vários: alimentação saudável, cultura/lazer, atividade física, ocupação do tempo, vida social e outros cuidados.

CONCLUSÃO

O modelo de Nola Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o que motiva ou desmotiva indivíduos para se engajarem em comportamen-

tos promotores de saúde. Ao cuidar do corpo, a pessoa passa a compreender melhor e de maneira construtiva a sua própria vida.

A partir do desenvolvimento do dispositivo analítico sociopoético do Grupo Pesquisador, concluiu-se que o autocuidado com o corpo exige do indivíduo conhecimentos e também a observação de si próprio para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar. Sendo essas pessoas estimuladas a melhorar sua condição e preservar sua saúde, são essenciais a inclusão e a utilização das práticas de dinâmicas de criatividade e sensibilidade nas atividades assistenciais de enfermagem.

Em suma, o cuidar é uma necessidade e um recurso do ser humano e que deve atender às suas próprias necessidades. Cuidar de si mesmo não é uma tarefa fácil. Principalmente na velhice que é compreendida por um processo de mudança contínua e que, a todo o momento, necessita de uma reconquista do equilíbrio.

O autocuidado, quando expresso no verdadeiro *self*, atua de forma autêntica, revendo valores e princípios através da autorreflexão e exibindo comportamentos de cuidar. Dessa forma, o cuidado de si, considerando a integralidade das dimensões corporais (física, mental e espiritual), passa a ser existencial e passa a ser sentido e vivido, passa a ser refletido no ambiente, pois ele expressa nossa forma de atuar, nossa atitude frente ao mundo comunicando nossa forma de ser.

Nesse sentido, o processo de autocuidado nos objetivos da assistência de enfermagem deriva das necessidades e das preferências do próprio indivíduo e não das percepções do profissional. É uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma.

Apesar de existirem poucas publicações na área da enfermagem brasileira com a Teoria de Pender, acredita-se que este trabalho, além de ser um avanço que soma com outros estudos, também possa servir de incentivo e interesses para outros estudantes, professores, pesquisadores, profissionais de saúde, entre outras pessoas que valorizam a saúde em todas as dimensões. É oportuno ressaltar que ocorreram limitações, especialmente na tradução de alguns componentes e variáveis do modelo, que merecem ser aprofundadas em estudos posteriores, pois alguns termos não possuem clara correlação com o idioma português, o que faz refletir sobre possíveis erros de interpretação no entendimento do sentido real.

REFERÊNCIAS

1. Néri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Néri AL, Debert GG, organizadores. *Velhice e Sociedade*. Campinas (SP): Papirus; 1999. p.13-40.
2. Néri AL, Freire SA. Apresentação: qual é a idade da velhice? In: Néri AL. *E por falar em boa velhice*. Campinas (SP): Papirus; 2000. p.7-19.
3. Sakraida TJ. Nola J Pender: Health promotion model. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 6 ed. St Louis-Missouri (US): Mosby-Elsevier; 2006. p.452-471.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de políticas de saúde, projeto promoção da saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília (DF): MS; 2002.
5. Santos I dos, Gauthier J, Figueiredo NM, Petit SH. *Prática de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais: Abordagem Sociopoética*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
6. Gauthier J, Hirata MA. A enfermeira como educadora. In: Santos I, Figueiredo NMA, Sobral VRS, Marinho AM, organizadores. *Enfermagem Fundamental: realidade, questões e soluções*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2001. p.123-41.
7. Rodrigues JC. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro (RJ): Achiamé; 2002.
8. Gauthier J. Trilhando a vertente da montanha sociopoética. In: Santos I dos, Gauthier, Figueiredo, Petit SH, organizadores. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2005. p.55.
9. Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 2005 Mai-Jun; 18(3):235-40.
10. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Set; 44(3):561-9.
11. Fernandes MGM. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: O olhar de gênero e geração. *Rev Enferm UERJ* 2009. Jul-Set; 17(3):418-22.
12. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 Mar; 30(1):62-70.
13. Collière MF. Promover a vida: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Portugal (PT): Sindicato dos enfermeiros portugueses; 1999.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000 [página na Internet]Brasília (DF):IBGE; [acesso 2008 Fev 01]. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo.
15. Guerreiro T, Rodrigues R. Envelhecimento bem-sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: Veras RP, organizador. *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará: UERJ/UnATI; 1999. p.51-69.
16. Baltes P, Baltes M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes P, Baltes M, editores. *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p.1-34.
17. Santana RF, Santos I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar/pesquisar em enfermagem gerontológica. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Nov-Dez; 14(6):2002-12.
18. Silva MJ, Duarte MJRS. O autocuidado do idoso: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ*. 2001 Set-Dez; 9(3):248-53.
19. Loures MC, Ferreira CP, Negreiros GM, Salum MMC. O significado da Unati/UCG: a percepção de quem a vivencia. *Fragmentos de Cultura*. 2007 Mar-Abr; 17(3/4):191-216.